



WORKING CONNECTIONS CHILD CARE (WCCC)
WCCC AWARD/CHANGE LETTER
WCCC מכתב מענק/שינוי

מספר טלפון	המשרד המקומי
תאריך	מספר דין

הנק זכאי/ת לסייע של הטבות טיפול-ילדים באמצעות סכום השתתפות-בתשלום חדש החל מתאריך [REDACTED]

עד [REDACTED]

נא לקרוא את המידע החשוב שבעמוד 2.

הרשות תשלומי הטיפול-ילדים היא בגין: תעסוקה פעילות מאושרת במסגרת תוכנית WorkFirst לימודים

אחר: [REDACTED]

סכום השתתפות-בתשלום ההתחלתי שלך יהיה \$15.00 למשך התקופה שבין [REDACTED] עד [REDACTED]

סכום השתתפות-בתשלום החודשי שלך יהיה ישנה ל-[REDACTED] \$ [REDACTED] החל מתאריך [REDACTED]

עד [REDACTED]

סכום השתתפות-בתשלום מיצג את חלקך בעלות הטיפול ילדים וחובה לשולמו שירות למטפל ילדים. סכום השתתפות-בתשלום שלך מבוסס על גודלו של משק הבית ועל הכנסה החודשית שלך, כדלקמן:

\$ [REDACTED]

1. גודל המשפחה הוא [REDACTED]
2. הכנסה ברוטו מגיעה אישית היא (לפני מס)
3. הכנסה מעובודה עצמאית (אחרי הניכויים המותרים) היא
4. הכנסות שלא מגיעה אישית (SSI, SSA, סכום מזונות שהתקבל, תשלוםים בסכום אחד כולל) הן
5. הכנסה כוללת (סכום שורות 4 – 2 לעיל)
6. סכום המזונות שולם הוא
7. קביעת הכנסה הנמנית (החסור את שורה 6 משורה 5)
(סכום הכנסה הנמנית משמש לקביעת זכאות והשתתפות-בתשלום)
8. סכום השתתפות-בתשלום מחושב כדלקמן:

סכום השתתפות-בתשלום חדש

\$15
\$50

הכנסה נמנית

בגובה 82% מרמת העוני הפדרלית (FPL) או פחות
מעל 82% ועד 137.5% מרמת העוני הפדרלית (FPL)
מעל 137.5% ועד 200% מרמת ה-PFL
(\$50 + 0.44 × 137.5% מרמת ה-PFL).

חול שינוי בסכום השתתפות-בתשלום שלך בגלל (על פי WAC 388-290-0085);

חלה ירידה בהכנסה שלך.

תקופת הרשאה שלך פגה.

אחר (סביר): [REDACTED]

חול שינוי בגודל המשפחה שלך.

[REDACTED]

מספר הטלפון/פקס של העובד

[REDACTED]

שם העובד

חולות עליך החובות הבאות:

- לדוח, בתוך 24 שעות, לעובד המאשר תשלומי טיפול בילדים, על כל מידע שהגיע לידייך בדבר אישומים תלויים ועומדים או הרשותות כלשהן של המטפל בבית/קרוב משפחה.
- לדוח, בתוך 24 שעות, לעובד המאשר תשלומי טיפול בילדים, על כל מידע שהגיע לידייך בדבר אישומים תלויים ועומדים או הרשותות כלשהן של כל מי שגלוו שיש עשרה מעלה ואשר מתגורר עם המטפל בילדים, כאשר הטיפול בילדים נעשה מחוץ לביתו של הילד.
- לדוח לעובד WCCC המאשר תשלומי טיפול בילדים, על שינויים כלשהם בנסיבות הבאים, בתוך 10 ימים ממועד השינוי:
 - במספר שעות הטיפול בילדים הדורש (יותר או פחות שעوت);
 - בהכנסה של משק הבית, כך שתכלול גם מענק TANF או תשלומי מזונות גבוהים או נמוכים יותר;
 - אגדול משק הבית שלך, כגון עציבה או הצטרפות של בן משפחה כלשהו, לרבות הורה או בן/בת זוג;
 - בתעסוקה, לימודיים או בעילותות מסוימת על פי TANF (תאריך תחילתה, תאריך הפסקה או שנייניו);
 - בכתב ובמספר הטלפון של המטפל בילדים בבית/קרוב משפחה;
 - בכתב ובמספר הטלפון שלך; או
 - בחובתך על פי חוק לשלים מזונות לילדים.
- הימנעות מדיווח על שינויים עשויה לגרום לתשלום-יתר או לכך שתידרש לשלים סכום גבוה יותר מחלוקת הרגיל בהוצאות הטיפול בילדים.
- יש למסור ללא דיחוי את כל המידע המבוקש אודות המטפל. ניתן תשלום למטפל בבית/קרוב משפחה לפני מועד קבלת כל התוצאות של בדיקות הרקע.
- אין למסור את לידייך לטיפול מסיבות שונות מהסיבות המנווית בחלקו הקדמי של טופס זה, אלא אם כן ערכת סידורים עם המטפל לתשלום עבור הטיפול בעצמך. אם ברצונך לקחת חלק בפעולות אחרת מהഫטיות שאושרו בחלקו הקדמי של טופס זה, וברצונך שSOCIONOT DSHS תשלם עבור הטיפול בילדים שלך, עליך לפנות תחילת לעובד WCCC המאשר את תשלומי הטיפול בילדים שלך.
- למסור לנו מידע לצורך קביעת זכאותך ולצורך הרשותת תשלומי טיפול בילדים באופן נכון;
- לבחור מטפל לילדים שעומד בדרישות של WAC 388-290-0125 וערוך הסדרים משלך לתשלום עבור הטיפול בילדים שלך;
- לשלם, או לערוך הסדרים לתשלום על ידי אחר, את סכום ההשתתפות-בתשלום WCCC החדש שלך לשירות למטפל בילדים שלך. הימנעות מעשיות זאת עשויה לגרום להפסקת הסבסוד של הטבות הטיפול בילדים;
- להשאיר את לידייך המטפל בילדים לצורך פעילותיות מאושרות, או לדאוג לשלם למטפל בילדים עצמו, לפי דרישת המטפל, לצורך טיפול בעת שהן עוסקות בפעילויות בלתי-מאושרות.
- לנאל רישום נוכחות במקורה שבחורת טיפול בילדים בבית/בידי קרוב משפחה. את רישום הנוכחות יש:
 - למסור לפי דרישתך, וכן
 - לשמר במשך שנה אחת לאחר הטיפול בילדים.
- לשלם למטפל בבית/קרוב משפחה את מלאו הסכום שאנו שולחים לך עבור טיפול בבית/ידי קרוב משפחה והרשום בהודעת הצעת התשלום שהן מקבלת עם הצעה.
- לקבל קבלה עבור כספים כלשהם שהן משלם למטפל בילדים. עלייך לשמר את הקבלותך במשך שנה אחת, על מנת שSOCIONOT DSHS תוכל לעיין בהן לפי דרישתך;
- לשתף פעולה עם הליך בדיקת הבחתה האיכות על מנת לשמר על זכאותך להשתתף בתוכנית WCCC. זכאותך להטבות WCCC תפקע אם יקבע על ידי הבחתה האיכות שאין לך-/ת פועלה, ואי-הזכאות תימשך עד שייענו דרישות הבחתה האיכות, או 30 ימים ממועד קביעת אי-שיתוף הפועלה.
- לשתף פעולה עם חוקר מטעם "גileyi מוקדם של הונאות" (FRED). סירוב מכך לשתף פעולה (למסור מידע שנדרש) עם החוקר עשוי להשפיע על הבדיקות המגיעות לך.
- להודיע לעובד WCCC המאשר תשלומיים על כל שינוי של המטפלים, בתוך חמישה ימים ממועד השינוי.
- למסור הודעה למטפל בתוך 10 ימים במקורה שבו אנו משנים את הרשותת תשלומי הטיפול בילדים שלך.

ברצוננו להבהיר לך כי:

- הנך רשאי/ת לבקש שמהפקח או מנהלן/יבחן החלטה או פעולה מסוימת שיש בה כדי להשפיע על הנסיבות שליך, מבלי שתיפגע הזכות לשימוש.
- הנך זכאי/ת לכך שיועמד לרשותך מתרגם או מתרגם בתוך פרק זמן סביר, ללא תשולם.
- הנך רשאי/ת לבחור בכל מטפל, כל עוד המטפל עומד בדרישות המיניות ב-0125-290-388-WAC.
- הנך רשאי/ת לבקש מהחוקר מטעם "גילוי" מוקדם של הונאות" (FRED) מהחטיבה לחקירת הונאות (DFI) לשוב במועד אחר. אין לך/ת להתייר לחזק להיכנס לביתך. בקשה כזו לא תיפגע בזכאותך להטבות. סירוב מצדך לשתף פעולה (למסור מידע שנדרש) עם החוקר, עלול לפגוע בהטבות המגיעות לך.
- הטיפול בעניין יעשה בגיןם ובהגינות, ללא תלות בשיקולים של גזע, צבע עור, אמונות פוליטיות, מצוי לאומי, דת, גיל, מין, נוכחות או מקום הלידה;
- קביעת זכאותך במסגרת תוכנית WCCC תיעשה בתוך שלושים ימים ממועד פניטך;
- תימסר לך הודעה, בכתב, בדבר חובהו וזכויות המשפטיות בכל הקשור להטבות WCCC;
- פרטיה המידיע אוזוחות ימסרו לסוכניות ממשל אחראות במקרים בהם הדבר נדרש על פי התקנות הפדרליות או תקנות המדינה;
- תימסר לך הודעה בכתב לפחות 10 ימים מראש לפני שסוכנות DSHS תבצע שינויים כלשהם שימושות הקטנה או הפסקה של ההטבות המגיעות לך, למעט כפי שנקבע ב-388-WAC 0120-290;
- במקרה של אי-הסכמה מצד החלטה כלשהי של DSHS, הנך רשאי/ת לבקש ערכית שימוש.

זכויות שימוש: עומדת לך הזכות לשימוש. כדי לבקש שימוש, عليك לפנות למשרד זה, או לפנות בכתב אל ה- Office of Administrative Hearings, PO Box 42489, Olympia, WA 98504-2465 קבלת החלטה זו. בהליך השימוש, עומדת לך הזכות ליזיג את עצמן, להיות מייצגת על ידי עורך דין או על ידי כל אדם אחר שתבחר לו. אפשרותך ליזיג ביעוץ משפטី חינם או ביצוג חינם על ידי פניהם למשרד לשירותים משפטיים. הנך זכאי/ת להמשיך ולקבל הטבות כל עוד לא התקבלה תוצאה השימוש, אם בקשת השימוש תיעשה בתאריך הקובל לбиוז פעללה או לפני מועד זה, או לא יותר מ-10 ימים אחרי שנשלחה אליו הודעה בדבר הפעולה על ידי הסוכנות.

ביטוח רפואי לילדיך

אם ידעת שבאפשרותך לקבל ביטוח רפואי וביטוח שניים לילדיך? ללא רשימת המתנה, ובאמצעות שלושה צעדים פשוטים!

1. אם הנך מקבל/ת סיוע אחר מכל סוג שהוא באמצעות המדינה, כגון תלויסי מזון או סיוע במזומנים?
- כן: נא להתקשר אל עובד הכספי האחראי על התקין שלך ולבקש ביטוח רפואי לילדיך (ים) שלך.
- לא: נא להתקשר בשיחת חינם אל מספר הטלפון של "סיוע רפואי לילדים" - 1-800-204-6429.
2. יש למסור לעובד את פרטי המידע הנחוצים כדי לקבוע את זכאותך. יתכן שהמידע כבר ברשותם, או שבאפשרותכם לקבל ממך את המידע בטלפון.
3. כritis' הביטוח הרפואי ישלח אליך בדואר.

אל תתמהמהו – הביטוח הרפואי לילדיך נמצא במרקם של שיחת טלפון אחת!